

BOLETIM DO SANATÓRIO SÃO LUCAS

INSTITUIÇÃO PARA O PROGRESSO DA CIRURGIA

Rua Pirapitingui, 80 — São Paulo, Brasil

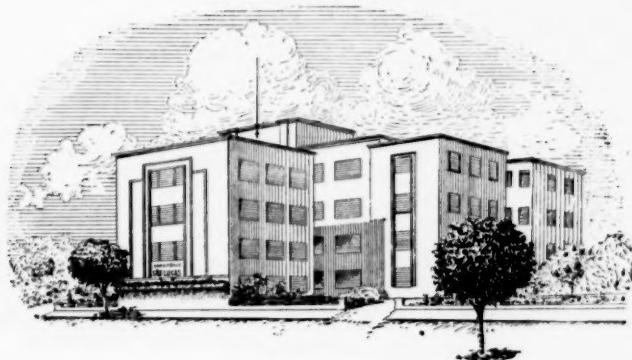
VOL. XIX

OUTUBRO DE 1957

N.º 4

Sumário:

	Pág.
<i>Problema do condenado tuberculoso — Dr. PAULO DE ALBUQUERQUE PRADO</i>	51
<i>Câncer do corpo uterino — Dr. MILTON PAS- CHOALINO</i>	56
<i>Vícios de conformação dos genitais externos — Prof. CARMO LORDY</i>	61



Boletim do Sanatório São Lucas

Suplemento de "ANAIIS PAULISTAS DE MEDICINA E CIRURGIA"

Editado sob a direção do
DR. ADHEMAR NOBRE

pelo
SANATÓRIO SÃO LUCAS

INSTITUIÇÃO PARA O PROGRESSO DA CIRURGIA

Diretor
DR. EURICO BRANCO RIBEIRO



Órgão oficial da Sociedade Médica São Lucas

Rua Pirapitingui, 80 — São Paulo, Brasil

DIRETORIA 1957/1958

Presidente :

Dr. LUIZ BRANCO RIBEIRO

Vice-Presidente :

Dr. PAULO R. C. REBOCHO

Primeiro Secretário :

Dr. EURICO BRANCO RIBEIRO

Segundo Secretário :

Dr. JOÃO NOEL VON SONNLEITNER

Primeiro Tesoureiro :

Dr. FERDINANDO COSTA

Segundo Tesoureiro :

Dr. JOHN KOLB

Bibliotecario :

Dr. NELSON CAMPANILE

Conselho Consultivo :

Dr. PAULO G. BRESSAN

Dr. WALDEMAR MACHADO

Dr. MOACYR BOSCARDIN

Dr. ROBERTO DELUCA

Dr. ERNESTO AFONSO DE CARVALHO



**BOLETIM
DO
SANATÓRIO SÃO LUCAS**

INSTITUIÇÃO PARA O PROGRESSO DA CIRURGIA

VOL. XIX

OUTUBRO DE 1957

N.º 4

Problema do condenado tuberculoso (*)

Dr. PAULO DE ALBUQUERQUE PRADO

(Médico da Penitenciária do Estado)

Os problemas de saúde giram sempre em torno do velho provérbio latino: "mens sana in corpore sano". Quando se cuida de recuperar um delinquente é mister, em primeiro lugar, que se lhe preserve a saúde, através a profilaxia de seus males físicos e mentais.

Não há tratamento reeducacional eficiente para o delinquente, que traz em seu corpo o sofrimento atrás de uma enfermidade aguda ou crônica, ou traz a sua psique conturbada pelos transtornos da esfera mental ou distúrbios emocionais e afetivos.

A Diretoria de Saúde da Penitenciária de São Paulo, vem desde a sua constituição, nos primórdios do funcionamento do Presídio do Carandirú, preenchendo as suas finalidades, mercê do esforço do seu corpo clínico e de seus auxiliares, atendendo aos condenados, que há trinta e mais anos, transpõem os umbrais do casarão, para serem devolvidos ao convívio social, hígidos mental e fisicamente.

Os cuidados profiláticos, quer os de ordem higiênica, tratamento, isolamento, como os preceitos dietéticos, realizados nos moldes mais modernos e científicos, têm permitido a este serviço, evitar as epidemias tão comuns nas coletividades.

Não sómente ocorre ao Departamento de Saúde a população carcerária da Penitenciária, que atinge a cifra de 1.200 homens, como, também, a ela recorrem, constantemente, enfermos provenientes de cadeias do interior do Estado, dos Institutos de Correção, Colônias de Correção, Colônias Agrícolas e Casa de Detenção da Capital.

A esta altura lembramos que, a nossa Tese, vitoriosa no 2.º Congresso Hispano-Luso-Americano-Filipino, sobre a descentralização penitenciária e criação de Instituto Central de Recolhimento (pro-

(*) Trabalho aprovado na 4.ª Reunião Penitenciária Brasileira, realizada em Belo Horizonte.

posto, a nossa Penitenciária), onde os presos seriam observados, examinados e onde seria feita a seleção e triagem, além do exame prévio do indiciado, evitaria o fato inconteste do aumento dos tuberculosos enclausurados. As condições higiênicas deficitárias das cadeias do hinterland paulista, do presídio do Hipódromo e Casa de Detenção, constituem ambiente próprio para a instalação da peste branca entre os detentos, não falando da contaminação nos recolhimentos coletivos.

Com um Instituto Central de Observação e Triagem, com instalações adequadas, arejadas e celas individuais, teríamos a diminuição do contingente de tuberculosos presos.

Não obstante o alto padrão de assistência médica, o serviço de saúde do presídio do Carandirú luta com sérias dificuldades, que embargam em parte a sua mais perfeita atuação. Citemos a falta de verba com que até bem pouco mourejou, sanada razoavelmente a partir de 1953.

É necessário que a verba dotada seja mantida e até aumentada, atendendo à crescente necessidade e desenvolvimento do âmbito de sua ação e assistência.

Entre outras falhas, existe a seguinte: à clínica médica, além da assistência hospitalar, dos exames de ingresso e de evolução, estão afetos os serviços de Tisiologia, Educação Física, Sífilis e Ambulatório dos Pavilhões Penais.

Portanto, problema crucial de nossa administração carcerária e quiçá da de todo o Brasil e que está a exigir imediata solução, é o da Secção de delinqüentes tuberculosos. Os tuberculosos ocupam no Hospital Central da Penitenciária a ala esquerda do seu andar térreo e o seu número oscila em torno de 15. É premente a solução dêsse assunto, pois os vitimados pela tuberculose vivem em contato com os demais doentes, respirando o mesmo ar, fazendo as refeições no mesmo ambiente, como freqüentando a mesma área de recreio que os demais. Embora cuidados relativos sejam tomados e fiscalização seja exercida, é inevitável o contágio de sentenciados, que apresentem menor resistência orgânica e nenhuma defesa contra o terrível mal. Sabemos que os escarrros ou talvez hemoptises, contendo os virulentos bacilos são deixados nos recreios, os quais freqüentados noutro período, por outros recolhidos, serão os fatores de contaminação, quer por contato, como por via aérea, através o levantamento das poeiras, não falando das partículas de Pflüger e dos objetos e alimentos clandestinos, que são trocados pelos tuberculosos com os seus colegas de infortúnio, que inadvertidamente os aceitam.

Para a solução dêsse angustioso problema, várias hipóteses foram levantadas e apresentadas ao Governo, que porém, infelizmente, nada deliberou.

Em agosto de 1949, em resposta ao ofício n.º 7530, de 26 de junho de 1949, do Exmo. Sr. Dr. Secretário da Justiça, o Diretor da

Saúde, substituto, alvitrou a necessidade da construção de um Hospital-Sanatório, para sentenciados e detentos tuberculosos, com a capacidade mínima de 150 leitos, levando em conta o número de detentos e condenados existentes nas prisões do Estado e a porcentagem de indivíduos tuberculosos presentes entre eles.

Quanto à localização do referido nosocômio, opinava então aquele Diretor: que se construísse nos terrenos da Penitenciária do Carandirú. A sugestão obedecia, entre outros, aos seguintes motivos:

- 1) A existência de vasta área de terreno disponível, de propriedade do Estado, no Parque da Penitenciária.
- 2) O emprêgo, possível, de certo número de sentenciados recolhidos à Penitenciária, para a construção do Hospital-Sanatório, com grande economia da mão de obra.
- 3) O aproveitamento de algumas das dependências da Penitenciária, tais como, por exemplo, cosinha, lavandaria, oficinas, etc., constituiria, indubitavelmente, enorme economia nos gastos de instalação e manutenção de Hospital-Sanatório.
- 4) O Hospital-Sanatório ficaria sob as vistas diretas da Administração Geral do Departamento de Presídios, sediada na Penitenciária, e sob a vigilância de seu experimentado corpo de segurança.
- 5) Seriam utilizados os serviços médicos gerais e especializados da Penitenciária, já existentes.
- 6) A localização do Hospital-Sanatório nos terrenos da Penitenciária, evitaria os riscos de fuga e vultuosos gastos com o transporte freqüente de detentos e sentenciados, viria facilitar não só as questões administrativas propriamente ditas, como a própria assistência jurídica e familiar aos interessados.
- 7) Finalmente, quanto ao clima, deve-se considerar que o Governo construiu no Mandaquí, bem próximo da Penitenciária, um conjunto de hospitais-sanatórios para o tratamento de doentes da população civil, desprovida de recursos, o que prova que o clima é propício.

Sobre o assunto, outras sugestões foram apresentadas ao Diretor de Saúde. A questão do Sanatório para presos tuberculosos suscitou-se há mais de 15 anos e até hoje não se resolveu, apesar de boa vontade, da diligência e zélo dos Diretores da Casa. Chegou-se a falar em Campos do Jordão, Taubaté, onde se instalariam sanatórios.

É claro que a montagem de um Sanatório para o tratamento dos delinqüentes tuberculosos demandaria uma soma de numerário enorme para a sua execução e funcionamento. Foi, também, aventada a idéia da instalação de uma Secção para tuberculosos presos, funcionando numa estância climática, tão impraticável quanto a anterior, pelos mesmos motivos.

Mais modestamente a Diretoria de Saúde, em administração passada, idealizou a construção de um Pavilhão, anexo à Penitenciária, mas dela completamente isolado, para onde seriam encaminhados todos os tuberculosos da população carcerária do presídio central, como de outras prisões. Naturalmente, esse Pavilhão deveria possuir instalações adequadas, serviço radiológico próprio e profissionais especializados.

Outra solução, a última e mais razoável a nosso ver é a seguinte: num dos nosocômios especializados do Estado, uma secção se instalaria, destinada a receber os criminosos vitimados pela tuberculose. Nesses hospitais, como poderia ser perfeitamente o Hospital do Mandaqui, os presos seriam assistidos e tratados convenientemente à expensa da própria administração hospitalar e sob a sua orientação técnica, em pavilhão adaptado, com cerca de 150 leitos ou menos, na dependência da Secretaria de Saúde Pública.

Isto já foi feito com relação aos portadores do mal de Hansen, que são recolhidos na Colônia Asilo de Pirapitingui, em secção destinada a esses reclusos.

A parte de segurança e disciplina nessas secções ou pavilhões, nos nosocômios de Tisiologia, estaria a cargo da Diretoria Geral do Departamento de Presídios. Dessa maneira, não haveria onus para o Estado, com a construção de Sanatório especializado e funcionalismo técnico, ficando apenas responsável por um acréscimo de verba a ele destinado. Médicos, enfermeiros, serviço radiológico são os do serviço em questão.

Os presos lá permaneceriam e seriam julgados como os demais criminosos. Uma vez obtida a liberdade ou liberado condicionalmente, ficaria o indivíduo doente sob a responsabilidade médica daquele serviço. Assim fazendo, evitaríamos o grave inconveniente, tão usual entre nós, de propiciarmos a liberdade de um indivíduo tuberculoso que, reconduzido à Sociedade, desajustado e doente, incapaz de prover a sua subsistência e de sua família, consequentemente teria a agravamento do seu mal físico e moral.

A nosso ver, esta solução resolveria o tão debatido problema dos tuberculosos encarcerados.

Entretanto, afirmamos para concluir que, a tuberculose e o seu tratamento, modificaram-se completamente em face do aparecimento dos novos antibióticos: hidrazina, estreptomicina, etc. e com o tratamento geral e alimentar atual. A grande maioria dos casos de tuberculose evolui muito favoravelmente com o repouso, superalimentação e com a ministração dos antibióticos.

Portanto, hoje, honestamente, o tuberculoso enclausurado não constitui, de fato, um grande problema, como antes foi encarado e debatido, segundo as propostas ventiladas acima. Os tuberculosos presos devem ser isolados em pavilhão próprio ou secção separada, para evitar o contágio de outros. Porém, tratados segundo as normas apontadas, curam-se com mais facilidade que com os tratamentos

antigos. Um ou outro caso que não se beneficie com o tratamento, ou para o qual se indique o tratamento cirúrgico não justifica a criação de um Sanatório, dispendioso em sua construção e manutenção. Em um grande presídio como o nosso, raríssimos tuberculosos se complicam ou exigem tratamento cirúrgico especializado; estes serão removidos, com as devidas cautelas, no tocante à segurança, para Hospital especializado do Estado onde exista equipe radiológica e cirúrgica que pode perfeita e eficientemente intervir e tratar o caso com todas as vantagens, quer para o paciente, como para o Governo. No Brasil, todos os Estados lutam com deficiência econômica, de sorte que em nenhuma célula da federação, há condições financeiras que permitam instalação de Sanatórios desse tipo, que sobre serem desnecessários, são ainda grandemente onerosos para os cofres públicos.

O atual Diretor de Saúde da Penitenciária, em plano de reforma atual do Departamento de Presídios, apresentado à Secretaria de Justiça, submeteu a apreciação da mesma, substancial Trabalho, de acordo com as idéias aqui expostas.

Cancer do corpo uterino

Dr. MILTON PASCHOALINO

(Interno do Sanatório São Lucas)

O câncer do corpo uterino, embora possa ocorrer em qualquer período da vida, observa-se de preferência entre os 50 e os 70 anos. Quando se observa em mulheres jovens, quasi sempre está associado a um deficit funcional do ovário, que imprime ao endométrio as características semelhantes às do climatério; são mulheres jovens com ovários velhos.

O câncer do corpo uterino é muito menos freqüente que o do colo na razão de 1 para 15. Procura-se explicar esse fato pela descamação periódica que sofre a mucosa do miometrio na menstruação e também pelo fato de o endométrio não estar exposto a traumatismos externos.

Etiologia. — Baseando-se na associação frequente do mioma e do câncer, o que chega a ser de 25%, os antigos ginecologistas aventurem que o mioma favorecia o aparecimento do câncer por hipermia, pressões e estiramento da mucosa ou por apresentar uma predisposição à malignidade. Segundo Calatroni, a associação de ambos os processos não é mais do que coincidência explicável pela frequente observação dos miomas.

E' difícil afirmar que a multiparidade tem alguma influencia; se as estatísticas dão maior incidência em mulheres com filhos, devemos lembrar porém que se trata de uma entidade morbida das mulheres idosas, da época em que quasi todas as mulheres já têm cumprido a sua sublime missão de ser mãe.

Classificação. — Podemos classificar o câncer do corpo do útero segundo: 1) sua extenção; 2) sua forma de crescimento; 3) seu tipo histológico; 4) seu estado evolutivo.

1) segundo a *extenção*, o processo pode ser localizado ou difuso; no primeiro caso situa-se habitualmente no fundo da cavidade uterina; no difuso, afeta grande parte da ou toda a mucosa.

2) segundo a *forma de crescimento*, pode ser: vegetante, infiltrante ou mixto.

(*) Trabalho apresentado à Sociedade Médica São Lucas em 6-8-1957.

3) segundo o *tipo histológico*; os americanos classificam-no em quatro grupos. Grupo 1 — adenoma maligno superficial; grupo 2 — adenoma maligno; grupo 3 — adenocarcinoma; 4 — carcinoma difuso. Esta classificação tem significado prognóstico: o grupo 1 corresponde ao melhor grupo, principalmente quando se emprega o tratamento cirúrgico.

4) segundo o *estado evolutivo*; é classificado de diversas maneiras. Healy classifica-o em três grupos. Grupo 1 — quando o câncer está limitado ao órgão e o útero se apresenta de tamanho normal, com sua mobilidade também normal; grupo 2 — o útero está aumentado de volume, não se apresentando entretanto mais volumoso que o de uma gravidez de 2 meses e meio, móvel e não se evidenciam propagações. a) quando o útero adquire o tamanho maior do que uma gravidez de 2 meses e meio, porém não apresenta sinais de propagação; grupo 3 — aquele que apresenta o útero fixo, anexos tumorais, parametrios infiltrados e propagação à distância.

Essa classificação é pouco prática, pois baseia-se no tamanho do útero e devemos estar lembrados de que o câncer pode estar associado a ginecopatias, como acontece com os miomas, o que se verifica em 20% dos casos.

Heyman classifica os casos de câncer do corpo uterino em operáveis e não operáveis. Os primeiros são subdivididos em amplamente operáveis e em tecnicamente operáveis, estes porém não podendo ser submetidos à cirurgia por contra-indicações, não imputáveis ao câncer, como lesões cardíacas, renais, pulmonares, idade avançada, caquexia etc. São inoperáveis aqueles em que a propagação carcinomatosa impede que se possa executar os preceitos fundamentais da cirurgia, tais como: extirpação ampla e seção por tecidos indenes.

Sintomatologia. — Não existem sintomas patognomônicos no câncer do corpo uterino. Existem entretanto sintomas e sinais de presunção; daí a necessidade de exames especiais para um diagnóstico seguro e precoce. Os sintomas podem ser divididos em locais e gerais. Os sintomas locais expressam uma perturbação funcional do útero; os sintomas gerais traduzem uma ação tóxica do tumor. O sistema mais importante é a metrorragia, sendo que a hemorragia pode ser pequena ou profusa, intermitente ou continua. É um sinal de tal monta que toda metrorragia em uma menopáusica deve ser considerada como causada por um câncer, enquanto não se prove o contrário. Entre as perdas sanguíneas é possível observar-se um corrimônio, de início não característico, tornando-se logo em seguida sero-hemático e sero-purulento, para mais tarde ser francamente purulento, com um odor fétido. Às vezes se observam dores em cólicas de tipo expulsivo; são as dores de Simpson determinadas pelas contrações uterinas. Estas dores não são características do câncer do endometrio; pode-se verificar-las também nos miomas sub-mucosos e não aparecem em tempos periódicos. O valor diagnóstico das dores

de Simpson portanto são de escasso valor, porque não são patognómicas, nem constantes nem precoces. O estado geral permanece bom durante um longo período, as vezes até alguns anos, porém as hemorragias, o corrimento, a infecção e a reabsorção dos produtos toxicos de desintegração, levam as pacientes a um estado progressivo de decadência. As hemorragias continuas e o fluxo produzem um balanço metabolico negativo, oligohemia, e hidremia, aumento da fração globular do plasma como diminuição da fração proteica e a morte sobreveem por caquexia, uremia, processos pulmonares agudos, tromboses e ou metastases regionais, cerebrais, hepaticas etc.

Diagnóstico. — 1) anamnese; 2) exame ginecologico; 3) meios auxiliares.

1) Já dissemos que a sintomatologia não é suficiente, em muitos casos, para um diagnóstico seguro e precoce.

2) Tampouco o exame ginecologico soe oferecer elementos de valor; ao exame ginecologico verificamos que os órgãos genitais externos, vagina e o colo uterino, nada apresentam de particular. De inicio o utero pode ser do tamanho, forma e mobilidade normais; em estados mais avançados o utero aumenta de volume, perde sua forma, assim como também sua mobilidade. Porém, de inicio, não é possível um diagnóstico, na época em que o mesmo deveria ser feito; dai a necessidade de recorrermos aos meios auxiliares que são: a histerometria, o toque intrauterino, a histeroscopia, a histerografia, e sobretudo, a curetagem de prova. A histerometria dá poucos dados: pode-se verificar o aumento do tamanho do utero e ter a sensação de que o histerometro choca-se ou penetra em um tecido mais ou menos amolecido ou ainda observar o sinal de Clark que consiste no seguinte: com o histerometro, por meio de manobras suaves em todos os sentidos, semelhantes às que se fazem para uma curetagem; quando se retira o instrumento, verifica-se que flue uma quantidade de sangue desproporcional ao traumatismo que se possa ter determinado. O toque intrauterino, não mais usado devido às manobras necessárias, dilatação previa do colo, infecção etc. e também pelo fato dos poucos dados que dele possam nos advir. A histeroscopia, que consiste na visualização da cavidade uterina por meio de um aparelho especial, o histeroscópio, nos dá sinais próprios da topografia do tumor, porém, requer instrumental adequado e técnico habilitado. A curetagem de prova é sem dúvida o método de maior valor. Deve ser feita com manobras suaves. O produto da curetagem coloca-se em um vaso com formol a 10% ou alcool a 96° e enviá-se ao anatomo-patologo. Constitui a curetagem uterina o melhor método para o diagnóstico precoce do câncer do corpo uterino.

Prognostico. — Embora constitua a forma mais benigna do câncer do aparelho genital, seu prognóstico deverá ser reservado como o é o de outras formas de canceres.

Tratamento. — O tratamento pode ser médico ou cirúrgico. O médico é representado pela fisioterapia em suas formas: radioterapia, roentgenoterapia, os isotópos radiativos como, e principalmente, o cobalto 60. Cada um desses procedimentos tem suas indicações, suas vantagens e desvantagens. A radioterapia está indicada nos casos inoperáveis ou nos tecnicamente operáveis com contra-indicações cirúrgicas e nas pacientes que se recusam à intervenção cirúrgica. Está contra-indicada nos processos febris agudos, genitais ou extra-genitais. A cirurgia, através de uma panhisterectomia ou anexohisterectomia, consiste o método de eleição, indicada nas estenoses de colo ou vaginais que impossibilitem uma boa aplicação do radium. Nos fracassos da curiterapia ou de outros processos e, principalmente, nos casos iniciais. Está contra-indicada nos carcinomas tecnicamente não extirpáveis ou quando existem condições orgânicas que tornam muito arriscada a intervenção. A roentgenoterapia está sempre indicada como tratamento complementar da radioterapia e da cirurgia. Quando empregada isoladamente, seus resultados são inferiores aos proporcionados pelo radio ou pela cirurgia. Os isotópos radioativos, principalmente o cobalto 60, parecem abrir novos horizontes para o tratamento. Pode-se ainda empregar a associação da cirurgia e radioterapia acompanhada da roentgenoterapia.

A.S.M., 50 anos, desquitada, sexo feminino, cor branca, natural de São Paulo, prendas domésticas. Foi internada no Sanatório São Lucas em 5-6-57.

H.D.A. — Metrorragias periódicas, piorando nos últimos 14 anos; sem dores. Há 4 meses hemorragia uterina mais intensa, acompanhada de "pedaços de carne". Há seis dias dores no hipogastrio, mais intensas à esquerda. Constipação habitual, só evacuando com supositórios e laxantes. Cauterização do colo em 1949. Tem emagrecido ultimamente (de 72 K para 64,500). Hipertensão arterial, tendo chegado a 260 a maxima. Exame físico: paniculadliposo regularmente distribuído. Aparelho circulatório: pressão máxima 190, mínima 100; pulso 80 batimentos por minuto, cheio, ritmo regular. Sopro de base (anêmico). Aparelho respiratório NDN. Aparelho urinário: urinas carregadas, polaquíria. Exame ginecológico: corrimento fetido, toque doloroso, útero volumoso e endurecido. Colposcopia: colo sem lesão, entreaberto, eliminando fragmentos de tecidos fétidos. Exames complementares: urina NDN; no sangue apenas 2.840.000 glóbulos vermelhos o que explica perfeitamente o sopro encontrado. Eletrocardiograma: sinais de leve hiper-trofia do ventrículo esquerdo. Ficha operatória — operação realizada em 8-6-57; operador Dr. Eurico Branco Ribeiro; assistente Dr. Milton Paschoalino; anestesista Dr. Roberto Deluca. Diagnóstico principal: fibromioma uterino degenerado. Indicação operatória: histerectomia total. Descrição da operação: Incisão mediana infra umbilical, compreendendo todos os planos e abertura do peritoneo. Útero volumoso apresentando numerosos nódulos. Aderências dos anexos esquerdos e da face posterior do útero ao intestino grosso que foram desfeitas, libertação dos mesos do lado D. com ressecção do ovario e trompas. A libertação do útero do lado E. foi trabalhosa, em virtude de processo inflamatório da trompa, sendo preciso ressecá-la retrograda-

mente. Rompimento do fundo uterino, sendo necessário fazer-se nova tomada com saca fibroma. Pinçamento e secção da arteria uterina do lado D. Pinçamento e secção da artéria uterina do lado E; pequena hemorragia da ferida operatoria foi coibida. Ligadura das arterias uterinas sem transfixão. Secção das paredes vaginais e remoção do útero. Sutura da vagina. Ligadura dos vasos. Não foi feita a peritonização da parte posterior por falta de peritoneo inde- ne. Colocação de dreno, sutura do peritongo, fechamento da parede por planos. Seda e agrafes na pele. Na vagina foram encontrados fragmentos de tecidos expulsos pelo colo. Operação realizada: Panhisterectomia com drenagem suprapubica do Douglas. Descrição da peça cirúrgica: Utero aumentado de volume, apresentando na face anterior um nódulo miomatoso de mais ou menos 3 cms. Aberto transversalmente, apresenta cavidade dilatada, tomada por um tumor de aspecto vegetante mais ou menos friável. Paredes uterinas muito espessadas e edematosas. Trompa E infiltrada, havendo entre ela e o sigma um nódulo duro e friável que foi extirpado. Ovarios atrofiados. Diagnóstico definitivo: câncer do corpo uterino. Exame anatomo-patológico feito em 17-6-57 pelo prof. Carmo Lordy deu como resultado: adenocarcionoma.

A paciente, vista em 22-7-57, apresentava ao exame ginecológico NDN. Estado geral bom, queixando-se apenas de urina carregada e polaquiuria. O exame de urina, feito nessa ocasião, revelou apenas oxalato de calcio; os outros elementos normais.

Vícios de conformação dos genitais externos (*)

Prof. CARMO LORDY

(Anátomo-patologista do Sanatório São Lucas)

As malformações principais dos genitais externos femininos e masculinos serão resumidas nos capítulos sobre intersexualidade; entretanto, há ainda algumas que merecem referências.

A aplasia dos genitais externos femininos se observa raramente, como acontece com os masculinos, e só em determinados monstros não aptos para a vida, como nos sirenônimos.

Os casos de vulva infantil são devidos a um desenvolvimento deficiente dos genitais externos no período da puberdade, deficiência que se faz sentir simultaneamente sobre os genitais internos. O processo de hipertrofia raramente atinge só o clitóris, de modo a transformá-lo numa espécie de pênis; com mais freqüência se instala nas ninfas, como resultado, às vezes, da prática da masturbação. Além disso, existem casos de hipertrofia congênita dos pequenos lábios, que podem dar motivo à masturbação mesmo na infância precoce (Broman).

Em certos povos selvagens, as ninfas hipertrofiadas excedem de 10 a 25 cm e ainda mais os bordos livres dos grandes lábios (avental das hotentotes). Esta hipertrofia, por causa da sua generalização nos referidos povos, depende da influência de um rito entre essas tribos selvagens: porque natural e normalmente os pequenos lábios não podem alcançar tão considerável extensão (Broman).

As malformações dos genitais externos masculinos são mais numerosas e complexas do que as dos femininos; o que está em harmonia com o caráter progressivo, que os referidos genitais mantêm no seu desenvolvimento normal.

Em primeiro lugar, pode haver falta dos dois testículos ou de um só, em consequência de formação deficiente do mesonefros (Broman), com falta, respectivamente nos 2 lados ou num apenas, de epidídimos, canal deferente e vesícula seminal. Em regra geral, o desenvolvimento do mesonefros e do testículo condiciona o desen-

(*) Resumo da aula proferida na reunião do Corpo Médico do Sanatório São Lucas em 16-5-1957.

volvimento não só dêste último, como ainda da próstata. E' sabido que a castração praticada antes da puberdade determina processos involutivos sobre todas essas partes; quando executada mais tarde (como se pratica nos casos de hipertrofia fisiológica da próstata senil) ainda faz sentir seus efeitos regressivos sobre os mesmos, embora mais moderadamente. Apesar de contrários à regra geral, há casos de anorquidismo, em que se observa a descida normal do próprio epidídimo, continuando-se com o canal deferente e vesícula seminal até o fundo do escroto; de outro lado, podem faltar o epidídimo, o canal deferente, etc., em determinados casos de desenvolvimento do testículo, freqüentemente impossibilitado de descer, talvez por falta da parte principal do gubernaculum testis (Bramann, citado por Broman).

Já foi referida a possibilidade de ficar o testículo retido na cavidade abdominal ou no canal inguinal (criptorquidismo). O órgão, quase sempre hipoplástico, pode nessa última hipótese, sob a influência de traumatismo, etc., ser a sede de processos flogísticos ou neoplásicos. Uma vez transposto o canal inguinal, pode ainda o testículo se deslocar para outras regiões que não a escrotal: para o hipoderma ou da região inferior do abdome (ectopia ou distopia abdominal, fisiológica em alguns mamíferos, ou para o hipoderma da coxa (ectopia femural ou do períneo, ectopia perineal). E' desconhecida a etiologia destas diversas ectopias: para algumas foi invocada uma causa, que seria a restrição anômala da capacidade escrotal. O testículo ectópico é suscetível de desenvolvimento normal, o que não sucede ao criptorquídico; neste último caso há quase sempre hipertrofia compensadora do outro testículo não retido.

Outra anomalia é a inversão do testículo e do epidídimo; consiste na rotação dos mesmos em torno de um eixo transversal, de modo que o polo superior do testículo e a cabeça do epidídimo estão dirigidos para baixo e o polo para cima. Em outros casos da mesma anomalia, o testículo gira em torno de um eixo longitudinal, ora para o lado externo, ora para o interno. A causa é atribuída a condições anômalas do mesórquio e dos ligamentos testiculares, condições que se podem sentir antes da descida do órgão no escroto.

As considerações já feitas a respeito da existência e significação dos ovários supranumerários se aplicam de modo geral também aos testículos supranumerários, aliás de observação rara.

O pênis é sede de muitas anomalias explicáveis pela complexidade dos processos que presidem ao seu desenvolvimento. A propósito da aplasia dos genitais externos, que se observam em determinadas condições teratológicas, já se fizeram referências a respeito da falta de pênis; menos rara é a sua hipoplasia, principalmente em casos de anorquidismo bilateral e de hipospadie.

Pela sua importância e pela relativa freqüência, interessam mais do que as outras malformações a hipospadie e a epispadie; esta

última foi discutida conjuntamente com a extrofia da bexiga e a outra será muitas vezes apontada em se tratando da intersexualidade.

Distinguem-se 3 variedades de hipospadia: a glandar, a peniana e a escrotal. A mais comum é a hipospadia glandar (1.300 observações cadavéricas, Kaufmann); é representada pela abertura da uretra na base da glande, no ponto em que se deveria ter esboçado o freio do prepúcio. Não existe geralmente nenhum vestígio do meato uretral; entretanto em alguns casos se nota no lugar correspondente uma elevação ou ainda a terminação cega de um canal. Além disso, há casos de existência de um sulco ligando o orifício hipospádico com o ápice da glande; o que significa que a goteira uretral da porção glandar não se havia fechado em canal, por impedimento pela mesma abertura hipospádica.

A hipospadia peniana, quase sempre associada com a variedade glandar, tem extensão variável; em certos casos a abertura da uretra desse segmento é total e nessa eventualidade o pênis, muito rudimentar, está inclinado caudal ou lateralmente.

Na terceira variedade, na hipospadia escrotal ou perineal, a abertura se encontra entre as duas metades escrotais, que adquirem assim o aspecto de grandes lábios. A hipospadia é uma malformação de caráter familiar, sendo genéticamente condicionada por fatores mendelianos dominantes. Segundo Lenz, 1 de cada 300 homens apresenta essa malformação em grau maior ou menor. Em certas famílias tem-se seguido a mesma através de várias gerações (Colin).

Con quanto extremamente raros, já foram registrados casos de combinação hipoepispadia, atribuída ao deslocamento, para a face dorsal dos corpos cavernosos, do seio urogenital (que fornece grande parte da uretra masculina); dá-se a abertura anômala do seio no dorso peniano (epispadia) e não se efetua, ventralmente, a coalescência dos lábios do citado seio (hipospadia). Dêsse modo, resulta a fissura total congênita do pênis, apresentando cada uma de suas metades um sulco uretral aberto. Por sua vez o sulco de cada metade do pênis, em casos mais raros ainda, pode-se transformar num canículo; daí a possibilidade da formação de um pênis duplo, que não deve ser confundido com a duplicidade inferior do grau mínimo (teratológica). As duas uretras que assim se constituíram podem unir-se na região da sínfise e desembocar na bexiga ou cada uma se abrir numa bexiga isolada (Broman).

Sob a denominação de uretra supranumerária, conforme alguns AA., ou de conduto para-uretral, conforme outros, é designado um canalículo estreito, às vezes mais de um, com 8,20,25 mm e mais de comprimento, que corre paralelamente à uretra e muito próximo a ela. A extremidade inferior se abre na própria uretra em pontos diferentes, na fosseta navicular, na uretra membranosa, etc., e a extremidade superior termina em buraco cego ao nível da sínfise pubiana, às vezes mais acima, outras vezes mais abaixo. A respeito de sua origem e significação nada ainda se conhece de positivo; para

English, trata-se de uma segunda uretra verdadeira; para Klers, de uma epispadia parcialmente separada.

Foram ainda observadas anomalias, relacionadas com a permeabilidade da uretra: aglutinação epitelial do orifício externo da uretra, glande imperfurada, obliteração total da uretra, todas devidas a um desenvolvimento incompleto, parcial ou não do seio urogenital, que corresponde ao septo uretral de outros AA. Devem também ser registrados os casos de estenose congênita da uretra, acompanhados, como na estenose adquirida, de hipertrofia da musculatura vesical, etc.

Como extremamente raros, foram descritos casos de escroto pré-peniano, fisiologicamente encontrado nos Marsupiais. Segundo Broman, esse simúacro de saco escrotal deve ser atribuído ao desenvolvimento anômalo das porções craneais das orlas ou elevações genitais, que normalmente colaboram na formação do tegumento peniano. Quando também as porções caudais das mesmas orlas (que fisiologicamente constituem as bôlhas escrotais) são absorvidas pela pele do pênis, pode resultar como consequência uma ligação "palmipediforme" entre o fundo do escroto e o ápice da glande. Essa malformação foi notada em casos raros de hipospadie glandar.

Também no prepúcio foram registradas anomalias: por exemplo, os raros casos de aplasia, outros de hipoplasia, em que o ápice da glande não fica recoberto pela dobra prepucial. Na limose congênita se conserva por anomalia a aglutinação epitelial do folheto interno com a glande, aglutinação que fisiologicamente desaparece entre o 1.^º e o 13.^º ano de vida.

Há ainda a notar casos anômalos de freio prepucial extremamente curto, que posteriormente pode sofrer dilaceração durante o coito.